

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

| | | |
|------------------------------------|--------------|---------------------|
| Framarz Alizadeh | 25.02.2001 | 23123 |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Versichertennummer) |
| Dorotheenstraße 136, 22301 Hamburg | | 2 |
| Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort | | Pflegekasse |

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☒ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/ bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

| Bezeichnung | Pflegehilfsmittel-positionsnummer | Rechen-größe | Menge/Fak-tor bitte eintragen | Erläuterung |
|---|-----------------------------------|--------------|-------------------------------|---|
| Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) | | | | |
| saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch | 54.45.01.0001 | 1 Stück | 0 | |
| Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril) | 54.99.01.0001 | 1 Stück | 0 | |
| Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril) | 54.99.01.1001 | 1 Stück | 0 | |
| Medizinische Gesichtsmasken | 54.99.01.2001 | 1 Stück | 20 | |
| Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken) | 54.99.01.5001 | 1 Stück | 40 | |
| Schutzschürzen – Einmalgebrauch | 54.99.01.3001 | 1 Stück | 10 | |
| Schutzschürzen – wiederverwendbar | 54.99.01.3002 | 1 Stück | 0 | |
| Schutzservietten zum Einmalgebrauch | 54.99.01.4001 | 1 Stück | 0 | |
| Händedesinfektionsmittel | 54.99.02.0001 | 100 ml | 3 | Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen |
| Flächendesinfektionsmittel | 54.99.02.0002 | 100 ml | 0 | |
| Händedesinfektionstücher | 54.99.02.0014 | 1 Stück | 0 | |
| Flächendesinfektionstücher | 54.99.02.0015 | 1 Stück | 0 | |

☒ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

| Bezeichnung | Pflegehilfsmittelpositionsnummer | Rechen-größe | Menge ein-tragen | Erläuterung |
|---|---|--------------|------------------|-------------|
| Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51) | | | | |
| Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar | 51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!) | 1 Stück | 0 | |

durch folgenden Leistungserbringer:

| Name und Anschrift (Stempel) | Institutionskennzeichen |
|---|-------------------------|
| Standard Systeme GmbH, Schellerdamm 22-24, 21079 Hamburg | 330 204 836 |

☒ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:



Beratung in den Geschäftsräumen



Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)



Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat



mich persönlich und/oder



meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

beraten.

Datum der Beratung:

18.04.2025

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Frau Shahin Alizadeh

☒ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

☒ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

18.04.2025

Datum

Die Unterschrift wurde am 18.04.2025 von
Framarz Alizadeh getätigt.

Unterschrift der/des Versicherten

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

☐ PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages

nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 51 mit Zuzahlung

☐ PG 51 ohne Zuzahlung

☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Versichertenerklärung zur versorgung mit Pflegehilfsmittel

Name: Framarz Alizadeh
Anschrift Dorotheenstraße 136,22301
Hamburg
Geburtsdatum 25.02.2001

Pflegekasse: 2
Pflegegrad: 3
Versichertennummer: 23123

Leistungsbringer: **Meine Pflegebox**

Ich beauftrage oben angegebene Leistungsbringer, die Kosten für die von mir gewählte Pflegehilfsmittel direkt mit der Krankenkasse abzurechnene.

Die Pflegehilfsmittel kann ich nur von dem oben genannten Leistungsbringer erhalten, bis ich den oben genannten Leistungsbringer schriftlich kündige.

Mir ist bekannt, dass andernfalls entstehende Kosten von mir zu tragen sind.

Bei längere Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (z.B. Krankenhaus) ist von mir dem oben genannten Leistungsbringer mitzuteilen, um zeitüberschneidungen der Versorgung mir Pflegehilfsmittel zu vermeiden.

Mir ist bekannt, dass die Leistungspflicht der Pflegekasse begrenzt ist.

Die Unterschrift wurde am 18.04.2025 von
Framarz Alizadeh getätigt.

18.04.2025

.....
Datum und Unterschrift der Versicherte/Betreuer

.....
Datum, Unterschrift und Stempel der Leistungsbringer

